

Nieuwe patiënten huisartsenpraktijk De Haer

M.M.S. Lammerink, I.S.G Deterink, huisartsen
Prins Bernhardstraat 4 BE5
7571 AM Oldenzaal
Telefoon: 0541-522666
Internet: www.praktijkdehaer.nl

Betreft: inschrijving in de praktijk

Geachte mevrouw, mijnheer

U heeft zich aangemeld bij onze praktijk. Wij heten u van harte welkom.
Wij verzoeken u dit formulier in te vullen en te ondertekenen.

Het is van groot belang dat u op een juiste manier staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk. Bij het wisselen van praktijk moet u zich inschrijven, maar ook bij uw vorige huisarts uitschrijven. Het moet voor beide praktijken duidelijk zijn waar en wanneer u staat ingeschreven. Dit voorkomt problemen voor u en voor ons. Uw inschrijving is pas definitief wanneer wij dit formulier volledig ingevuld en ondertekend hebben ontvangen.

Wilt u onderstaande gegevens helemaal invullen en meebrengen naar de praktijk bij uw kennismakingsgesprek?

Met vriendelijke groet,

M.M.S Lammerink, I.G.S. Deterink, huisartsen

VERKLARING van INSCHRIJVING bij HUISARTS

Ondergetekende(n) :

Naam

Adres

Postcode

Woonplaats

Verklaart hierbij dat hij/zij per (datum) als patiënt staat ingeschreven bij:

Huisartsenpraktijk: De Haer

Adres: Prins Bernhardstraat 4 BE 5

Postcode: 7573 AM

Plaats: Oldenzaal

AGB-code praktijk 01009460

Plaats Datum

Handtekening

Het gaat om inschrijving van de volgende personen :

	Naam	Geboortedatum	m/v	Zorgverzekeraar	Verzekeringsnummer	BSN nummer
1						
2						
3						
4						
5						

Veilig naar de Dokter

Voor een goede behandeling bij uw huisarts of huisartsenpost is een goed dossier van belang. Als u onverwacht 's avonds, 's nachts of in het weekeinde naar de huisartsenpost moet, dan heeft de huisarts uw dossier nodig om u veilig te kunnen helpen.

Door de Wet Bescherming Persoonsgegevens is dat vanaf 1 januari 2013 niet meer automatisch geregeld. Vanaf 1 januari 2013 wordt u gevraagd **zelf** toestemming hiervoor te geven.

Uw huisarts hoopt dat u deze toestemming wilt geven want:

Als u niets doet kunnen uw gegevens niet meer uitgewisseld worden. Ook niet in noodsituaties.

Wij stellen uw dossier alleen ter beschikking aan zorgverleners die u behandelen.

Wij verzoeken u vriendelijk om het onderstaande formulier volledig in te vullen, ook indien u geen toestemming geeft.

Het volgende is bij het invullen van belang:

- Bent u **ouder dan 16 jaar**: zou u dan het formulier willen invullen en ondertekenen, ook indien u **geen** toestemming geeft.
- Kinderen **jonger dan 12 jaar**: **beide** ouders (verzorger) vullen het formulier voor het kind in, ook indien u **geen** toestemming geeft
- Tussen de **12 en 16 jaar**: zowel uw **kind** als **beide ouders** (verzorger) vullen het formulier in, ook indien er **geen** toestemming wordt gegeven

Meer informatie vindt u op: www.vzvz.nl

Het formulier kunt u afgeven aan de balie van de praktijk of in de brievenbus doen aan de buitenkant van het pand.

Naam Geboortedatum Handtekening	<input type="radio"/> Ja, ik ga akkoord <input type="radio"/> Nee, ik ga niet akkoord
Naam Geboortedatum Handtekening	<input type="radio"/> Ja, ik ga akkoord <input type="radio"/> Nee, ik ga niet akkoord
Naam Geboortedatum Handtekening Handtekening ouder/verzorger Handtekening ouder/verzorger	<input type="radio"/> Ja, ik ga akkoord <input type="radio"/> Nee, ik ga niet akkoord

Naam Geboortedatum Handtekening Handtekening ouder/verzorger Handtekening ouder/verzorger	<input type="radio"/> Ja, ik ga akkoord <input type="radio"/> Nee, ik ga niet akkoord
Naam Geboortedatum Handtekening Handtekening ouder/verzorger Handtekening ouder/verzorger	<input type="radio"/> Ja, ik ga akkoord <input type="radio"/> Nee, ik ga niet akkoord
Naam Geboortedatum Handtekening Handtekening ouder/verzorger Handtekening ouder/verzorger	<input type="radio"/> Ja, ik ga akkoord <input type="radio"/> Nee, ik ga niet akkoord

Wij hopen op uw medewerking zodat we uw zorg zo goed mogelijk kunnen garanderen.

Met vriendelijke groeten,

Team huisartsenpraktijk de Haer.